

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИТОНИТ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

/ Минск /

Своевременная диагностика и лечение послеоперационного перитонита остается трудной и далеко нерешенной задачей в абдоминальной хирургии, о чем свидетельствует высокий уровень летальности, которая колеблется от 25 до 50% и более.

За период с 1975 по 1997 год включительно в клинике общей хирургии Минского мединститута лечилось 122 больных с послеоперационным перитонитом. Мужчин было 63 (51,6%), женщин - 59 (48,4%). 92 (75,4%) больных первичная лапаротомия была выполнена по экстренным показаниям. У 32 (34,8%) причиной ее явился острый деструктивный аппендицит, у 16 (17,4%) - кишечная непроходимость, у 7 (7,6%) - тупая травма живота с повреждением внутренних органов, у 7 (7,6%) - прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, у 3 (3,3%) - кровоточащая язва желудка и двенадцатиперстной кишки, у 5 (5,4%) - ущемленная грыжа с некрозом кишки, у 4 (4,4%) - тромбоз мезентериальных сосудов, у 9 (9,8%) - острый деструктивный холецистит, у 5 (5,4%) панкреонекроз, у 1 (1,1%) - болезнь Крона, у 1 (1,1%) проникающее ножовое ранение живота, у 2 (2,2%) - пельвиоперитонит.

30 (24,6%) пациентов оперированы в плановом порядке: по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки - 9 (30%), опухоли толстой кишки - 7 (23,3%), хронического холецистита - 7 (23,3%), рака головки поджелудочной железы - 2 (6,7%), рака желудка - 2 (6,7%), выпадения прямой кишки - 1 (3,3%). Еще 2 (6,7%) роженицам и роддоме ранее выполнялось кесарево сечение.

Появление и нарастание тахикардии, усиление болей в животе и признаки пареза кишечника, сухость кожи и слизистых, повышение температуры тела, лейкоцитоз с выраженным сдвигом формулы влево позволяли в более ранние сроки заподозрить возникшее осложнение. Основную роль в установлении причин послеоперационного перитонита отводили специальным методам исследования: рентгеноскопии и рентгенографии, УЗИ, компьютерной томографии, а в последнее время лапароскопии. В среднем релапаротомия выполнялась через 8,1 ± 1,6 дня после первичной операции. Однако следует отметить, что часть больных оперирована в более поздние сроки. Причиной этому были тяжелое исходное состояние оперированного, применение анальгетиков, наркотиков и антибиотиков, которые маскировали начало катастрофы в брюшной полости. Всего выполнено 140 релапаротомий. Среди причин послеоперационного перитонита у 33 (27%) больных была несостоятельность швов, у 39 (32%) - абсцессы брюшной полости, у 30 (24,5%) - спаечная кишечная непроходимость, у 3 (2,5%) - желчный перитонит, у 13 (10,7%) - прогрессирующий первичный перитонит.

Во время релапаротомии решали две основные задачи: ликвидировали источник перитонита и проводили мероприятия, направленные на его лечение. Если решение первой задачи требовало поисков индивидуальных способов лечения (ушивание зоны несостоятельности, разъединение спаек и т.д.), то для лечения перитонита применяли унифицированную методику, которая заключалась в тщательной интраоперационной санации брюшной полости антисептиками, дренировании ее 4 - 5 трубками с оставлением в ряде случаев тампонов - "сигар", назоинтестинальной интубации тонкого кишечника, в отдельных случаях трансанальной интубации толстой кишки двухпросветным зондом.

В послеоперационном периоде проводили интенсивную дезинтоксикационную, антибактериальную и противовоспалительную терапию в условиях отделения реанимации с применением лазерного или ультрафиолетового облучения крови. Однако несмотря на применение указанного выше лечения 12 (9,8%) больных потребовалась повторная релапаротомия, а 3 (2,5%) пациентам она была выполнена трижды.

После релапаротомии умерло 35 больных. Общая послеоперационная летальность составила 28,7%. При однократной релапаротомии она равнялась 22,1% (27 больных), при повторной - 53,3% (8 больных). Причинами летальности у 21 (17,2%) был прогрессирующий перитонит, у 8 (6,6%) - легочно-сердечная недостаточность, у 3 (2,6%) - отек легких и у 3 (2,6%) - продолжающаяся раковая интоксикация.

Таким образом, несмотря на комплексный подход к лечению послеоперационного перитонита, летальность остается высокой, причем каждая последующая релапаротомия уменьшает шансы на спасение жизни больного. В связи с этим снижение числа больных послеоперационным перитонитом и достижение лучших результатов в абдоминальной хирургии целесообразно искать на путях совершенствования пред- и послеоперационного лечения, техники первичных операций.